

УДК 616.711.6-018.3-08:615.859-036.83

Манін М. В., Абрамов В. В., Неханевич О. Б., Хаїтов П. О., Каптелов М. І., Сисенко І. В.

ВІДДАЛЕНІ РЕЗУЛЬТАТИ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ДОРСОПАТІЯМИ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА З НЕВРОЛОГІЧНИМИ ПРОЯВАМИ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

*КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І. І. Мечникова»

Метою роботи було визначення ефективності застосування розширеної методики ЛФК з включенням способу комплексного лікування хворих з дорсопатіями поперекового відділу хребта у відновлювальному періоді лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі як більш ефективної у порівнянні з стандартною методикою ЛФК. Розширена методика ЛФК з включенням способу комплексного лікування хворих з дорсопатіями поперекового відділу хребта у відновлювальному періоді лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі включає послідовне використання тракційного масажу, проведення витягнення хребта, стандартного комплексу ЛФК та, наприкінці, використання тракційних вправ та положень. Оцінювали динаміку перебігу захворювання, динаміку больового синдрому, рухливості, ступінь ФБ хребта та МТС у пацієнтів з дорсопатіями поперекового відділу хребта на амбулаторно-поліклінічному етапі лікування на протязі 12 місяців реабілітаційної терапії з аналогічними показниками у пацієнтів контрольної групи. Результати, отримані внаслідок оцінювання кількості загострень, тестування динаміки показників блокування рухливості хребта, больового, МТС наприкінці фізичної реабілітації, демонструють покращення результату в основній, ніж у контрольній. Це досягалось спрямованістю, перш за все, на подолання МТС, що дає можливість усуненню ФБ та відновленню рухливості хребта у поперековому відділі, зменшення больового синдрому та попередженню рецидивів та ускладнень перебігу захворювання у осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта.

Ключові слова: відновлювальний період лікування, фізична реабілітація, дорсопатії поперекового відділу хребта.

Робота виконана відповідно плану науково-дослідної теми «Медико-біологічне забезпечення фізичної реабілітації, спортивних та оздоровчих тренувань» (№ державної реєстрації 0111U001374) кафедри фізичної реабілітації, спортивної медицини та валеології ДЗ «ДМА МОЗ України».

Вступ

Проблема дегенеративних уражень хребта набуває усе більшого значення у зв'язку з тим, що остеохондроз вражає людей в молодому віці і є причиною тривалої втрати працездатності у 20-45% хворих [2, 3]. Біля 90% населення планети страждають від періодичного болю у спині. Серед них найбільш поширеною причиною є дорсопатії поперекового відділу хребта з неврологічними проявами, питома вага яких серед усіх захворювань периферійної нервової системи складає 67-95 % [1]. В популяційному дослідженні серед 49800 дорослих людей різний ступінь вираженості неврологічних проявів дорсопатій виявлено у 50% обстежених, причому у 25% мало місце обмеження працездатності [4]. За зведеними даними 75-90% захворюваності припадає на працездатний вік, в зв'язку з чим тимчасова непрацездатність складає близько 7% днів від всіх захворювань і 68% від патології нервової системи. Больовий синдром поперекової локалізації визнаний не лише медичною, але і серйозною соціальною проблемою. Пік захворюваності припадає на людей працездатного віку (чоловіків віком 35-44 років, жінок – 25-34 років) і з кожним роком відмічається його «омолодження». Економічні витрати, які пов'язані з цими захворюваннями, займають перше місце серед витрат на лікування серед усіх інших захворювань нервової системи [4, 5]. Застосування існуючих програм реабілітації, в тому ж числі і нових хірургічних методів, не вирішує остаточно

проблему лікування, потребує постійного оновлення та удосконалення [7, 9, 13]. Порівняльні дослідження свідчать, що хірургічне втручання має певні переваги у хворих з дорсопатіями, але різниця ефективності в порівнянні з консервативним лікуванням у довгостроковій перспективі є невеликою [13].

Розробка та експериментальне обґрунтування нових консервативних методів реабілітації є, за думкою деяких авторів, необхідними і виправданими, тому що застосування різних засобів традиційного лікування дорсопатій не завжди призводить до бажаних результатів [6, 9, 14, 15].

В останні роки вагомим є питання щодо використання тракційних вправ для розвантаження хребта під дією власної ваги тіла у поєднанні з лікувальною фізкультурою (ЛФК) [8, 10, 12]. У зв'язку з цим представляється актуальним розробка та обґрунтування методики фізичної реабілітації (ФР) хворих на дорсопатії поперекового відділу хребта з урахуванням необхідності послідовного виконання спеціальних тракційних вправ в поєднанні з масажем та іншими засобами ФР.

Мета дослідження

Визначити ефективність застосування розширеної методики ЛФК з включенням способу комплексного лікування хворих з дорсопатіями поперекового відділу хребта у відновлювальному періоді лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Об'єкт і методи дослідження

У дослідженні взяли участь 60 осіб віком від 18 до 60 років, хворих на дорсопатії поперекового відділу хребта з неврологічними проявами. Дослідження проводилось на базі обласного центру вертебрології та захворювань периферійної нервової системи КЗ «Дніпропетровська обласна клінічна лікарня ім. І.І. Мечникова» та на кафедрі фізичної реабілітації, спортивної медицини і валеології ДЗ «ДМА МОЗ України». До дослідження були залучені пацієнти, які знаходились рік тому на стаціонарному лікуванні і випадковим чином були розділені на дві групи А (n=30) та В (n=30). До основної групи були включені 30 хворих, яким, починаючи зі стаціонарного етапу та далі на протязі року у комплексі реабілітації на амбулаторно-поліклінічному етапі лікування, призначали розширену методику ЛФК, що включає спосіб комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта (патент № 95257 України «Спосіб комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта», М.В. Манін, 2014 р.) у поєднанні з стандартними комплексами ЛФК. Застосування розширеної методики ЛФК пропонувалось у щоденному режимі як для самостійного виконання, так і в умовах амбулаторії. У контрольну групу увійшли 30 хворих, яким призначали методику ЛФК, що включає стандартні комплекси починаючи зі стаціонарного етапу лікування та у подальшому на протязі року у комплексі реабілітації на амбулаторно-поліклінічному етапі. Обидві групи приймали стандартне медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування на стаціонарному етапі та на протязі року у комплексній реабілітації на амбулаторно-поліклінічному етапі. Критерієм виключення була наявність рухових неврологічних порушень з парезами та плегіями нижніх кінцівок.

Розширена методики ЛФК з включенням способу комплексного лікування хворих з дорсопатіями поперекового відділу хребта у відновлювальному періоді лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі включає послідовне використання тракційного масажу, проведення витягнення хребта, стандартного комплексу ЛФК та, наприкінці, використання тракційних вправ та положень [9].

Критеріями ефективності були такі показники: анамнез протікання захворювання за останні 12 місяців (кількість загострень на рік), скарги хворого на біль за візуальною аналоговою шкалою болі (ВАШ), наявність функціональних блоків

(ФБ) хребцево-рухливого сегменту (ХРС), об'єм рухів поперекового відділу хребта у передньо-задньому напрямку, м'язово-тонічний синдром (МТС).

При призначенні способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта враховувались дані магнітно-резонансної томографії (МРТ) (локалізація, розмір фактору компресії).

Дослідження пацієнтів проводилось після 12 місяців від початку ФР. Пацієнти контрольної групи обстежувались при надходженні до стаціонару на планове лікування, пацієнти основної групи обстежувались амбулаторно. Динаміку больового синдрому визначали за ВАШ. Дослідження МТС, статико-динамічних порушень проводились в положенні хворого стоячи і сидючи методом пальпації та візуального огляду включення ХРС у загальний об'єм руху. МТС визначався за індексом м'язового тону та розподілявся на 1-3 ступінь. ФБ хребта визначалось за стандартною методикою обстеження неврологічних хворих [10]. ФБ в передньо-задньому напрямі визначалось при активному згинанні хворого вперед до появи симптому Нері. Статистичну обробку отриманих даних проводили за допомогою пакета ліцензійних програм STATISTIKA (6.1, серійний номер AGAR909E415822FA) [11]. Аналізували вид розподілу показників за допомогою W-критерію Шапіро-Уїлка. Визначали достовірність різниць між показниками з урахуванням типу розподілу за допомогою T-критерію Стьюдента, U-критерію Манна-Уїтні та критерію розподілу (хі-квадрат Пірсона). За пороговий рівень статистичної значимості брали $p < 0.05$.

Результати досліджень та їх обговорення

Порівнюючи отримані результати дослідження в основній та контрольній групах до та після лікування, ми мали змогу встановити наступне: достовірність відмінностей в основній і контрольній групах до початку ФР, динаміку показників в процесі та достовірність відмінності в основній і контрольній групах наприкінці ФР.

В ході дослідження було виявлено, що в основній групі наприкінці періоду амбулаторного лікування з застосуванням запропонованого способу ФР спостерігалось покращення рухливості хребта в передньо-задньому напрямі у 30 пацієнтів основної групи проти 6 пацієнтів у контрольній, що має різницю у 89,1 % більше в основній групі, ніж у контрольній (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняння результатів дослідження рухливості хребта в передньо-задньому напрямі після закінчення ФР, (n=60)

| Результати | Основна група, (n=30) | Контрольна група, (n=30) |
|------------|-----------------------|--------------------------|
| Покращення | 30 (100,0 %)* | 6 (19,9 %) |
| Погіршення | 0 | 0 |
| Без змін | 0 | 24 (79,1 %) |

Примітка: * – $p < 0,05$.

Таблиця 2
Порівняння загострень захворювання за період амбулаторного лікування, (n=60)

| | | Основна група, (n=30) | Контрольна група, (n=30) |
|------------------------------------|-----|-----------------------|--------------------------|
| Кількість пацієнтів з загостренням | | 4 (13,3 %)* | 30 (100,0 %) |
| Кількість загострень | 1 | 4 (13,3%) | 8 (26,6%) |
| | 2-3 | 0 | 22 (73,4%) |

Примітка: * – $p < 0,05$.

Періодичні загострення впродовж року відмічали 4 пацієнти основної групи та 30 контрольної групи. Загострення процесу не більш одного разу на рік у контрольній групі зустрічалося у 26,6% пацієнтів проти 13,3% в основній групі, більш двох загострень у контрольній групі відмічали 73,4%, натомість в основній групі таких пацієнтів не було (табл. 2).

Результати первинного обстеження дають підставу вважати, що на початку фізичної реабілітації основна і контрольна групи не мали до-

стовірних відмінностей за виразністю больового синдрому (табл. 3) та наявності м'язово-тонічного синдрому (табл. 4).

Результати, отримані внаслідок тестування по ВАШ болю, в основній групі наприкінці періоду амбулаторного лікування складали покращення результатів на 77,1%, проти контрольної групи на 28,0%.

За цими даними можна стверджувати, що результат покращився в основній групі відносно контрольної на 49,1% ($p < 0,05$) (табл. 3).

Таблиця 3
Порівняння результатів тестування хворих по візуальній аналоговій шкалі болю після закінчення ФР, ($10 \pm 0,9$)

| Групи дослідження | n | ВАШ на початку ФР | ВАШ після закінчення ФР | Порівняння у групі |
|-------------------|----|-------------------|-------------------------|--------------------|
| Основна | 30 | 4,25 \pm 0,54 | 0,55 \pm 0,15 | 3,7 (77,1%) |
| Контрольна | 30 | 4,75 \pm 0,62 | 3,43 \pm 0,36 | 1,33 (28,0%) |
| p | 60 | > 0,05 | < 0,05 | < 0,05 |

Таблиця 4
Порівняння результатів тестування хворих по наявності м'язово-тонічного синдрому, (n=60)

| Групи дослідження | n | МТС 2-3 ступеню на початку ФР | МТС 2-3 ступеню після закінчення ФР |
|-------------------|----|-------------------------------|-------------------------------------|
| Основна | 30 | 4 (13,3%) | 2 (6,7%) |
| Контрольна | 30 | 8 (26,4%) | 22 (73,3%) |
| p | 60 | > 0,05 | < 0,05 |

МТС 2-3 ступеню наприкінці реабілітаційного періоду відмічався у 2 пацієнтів проти 4 на початку, натомість у контрольної групи кількість пацієнтів з МТС 2-3 ступеню зросла у 2, 75 рази, що достовірно показує зниження у пацієнтів основної групи в порівнянні з контрольною на 66,56% (табл. 4).

Висновки

1. Обстеження клінічного стану пацієнтів після проведення реабілітаційного лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі продемонструвало ефективність розробленої нами розширеної методики ЛФК з включенням способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта.

2. Запропонована розширена методика ЛФК з включенням способу комплексного лікування хворих з дорсопатіями поперекового відділу хребта у відновлювальному періоді лікування на амбулаторно-поліклінічному етапі спрямована на подолання МТС, що дає можливість усувати ФБ та відновлювати рухливість хребта у поперековому відділі, зменшувати больовий синдром та попереджати виникнення рецидивів та ускладнень захворювання у осіб з дорсопатіями поперекового відділу хребта.

3. Результати, що отримані внаслідок тестування динаміки показників блокування рухливості хребта, больового синдрому, МТС, в основній групі демонструють статистично значиме покращення. Це, насамперед, відбувалось за рахунок щоденного використання тракційних

вправ, положень, які входять до способу комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта.

4. Менша ефективність у контрольній групі може свідчити про недосконалість традиційної рекомендаційної тактики ведення пацієнтів на амбулаторному етапі лікування, що не враховує патогенетичні механізми захворювання.

5. Запропонований підхід до фізичної реабілітації хворих на дорсопатії поперекового відділу хребта на амбулаторному етапі лікування є ефективним у разі можливості систематичного використання масажу, витягнення хребта, комплексів ЛФК у запропонованій послідовності. Це дає підстави рекомендувати дану методику для впровадження в практику як засіб спеціальної ЛФК на амбулаторному етапі лікування.

Перспективи подальшого дослідження

Оцінювання морфологічних змін структур хребцево-рухливих сегментів поперекового відділу хребта після амбулаторного лікування у відновлювальному періоді на протязі року.

Література

1. Алексеев В. В. Дифференциальная диагностика и лечение болей в пояснице / В. В. Алексеев. – К. : Здоров'я, 2002. – 273 с.
2. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей / А. Н. Белова. – М. : Антидор, 2000. – 568 с.
3. Вознесенская Т. Г. Болевые синдромы в неврологической практике / Т. Г. Вознесенская. – М. : Медпресс, 1999. – 340 с.
4. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника (диагностика, лечение и профилактика): Руководство для врачей / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. – М. : «Медпресс-информ», 2004. – 272 с.

5. Епифанов В. А. Остеохондроз позвоночника / В. А. Епифанов // Физкультура в профилактике, лечении и реабилитации. – 2005. – № 2 (11). – С. 26-34.
6. Жук П. М. Остеохондроз позвоночника. Лечение и профилактика / П. М. Жук, И. Н. Стельмах, А. З. Нычик. – К. : «Книга-плюс», 2003. – 140 с.
7. Жулев Н. М. Остеохондроз позвоночника: Руководство для врачей / Н. М. Жулев, Ю. Д. Бадзгардзе, С. Н. Жулев. – СПб. : Из-во Лань, 2001. – 592 с.
8. Мухін В. М. Фізична реабілітація: Підручник для вищих навчальних закладів фізичного виховання та спорту / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 473 с.
9. Пат № 95257 України, МПК (2014.01) А61Н1/00. Спосіб комплексного лікування дорсопатій поперекового відділу хребта / Заявник та патентовласник М. В. Манін (Україна).— № u201408653; заявл. 30.07.2014; опубл. 10.12.2014, бюл. № 23.).
10. Справочник по формулированию клинического диагноза болезней нервной системы / Под ред. В. П. Штока, О. С. Левина. – М. : МИА, 2006. – 520 с.
11. Фищенко В. Я. Кинезотерапия поясничного остеохондроза / В. Я. Фищенко, И. А. Лазарев, И. В. Рой. – К. : «Мед-книга», 2007. – 96 с.
12. Халафян А. А. STATISTIKA 6. Статистический анализ данных / А. А. Халафян. – М. : ООО «Бином-Пресс», 2007. – 512 с.
13. Malmivaara A. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial / A. Malmivaara, P. Slati, M. Heliovaara // Spine. – 2007. – № 32. – P. 1-8.
14. Mense S. Pathophysiology of low back pain and transition to the chronic state – experimental data and new concepts / S. Mense // Schmerz. Der. – 2001. – Vol. 15. – P. 413-420.
15. Tadokoro K. The prognosis of conservative treatments for lumbar spinal stenosis: Analysis of patients over 70 years of age / K. Tadokoro, H. Miyamoto, T. Shimomura // Spine. – 2005. – № 30. – P. 2458-2463.
16. Wasiak R. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes / R. Wasiak, J. Kim, G. Pransky // Spine. – 2006. – Vol. 31 (2). – P. 219-225.
3. Voznesenskaja T. G. Bolevyje sindromy v nevrologicheskoj praktike / T. G. Voznesenskaja. – М. : Medpress, 1999. – 340 s.
4. Epifanov V. A. Osteohondroz pozvonocznika (diagnostika, lechenie i profilaktika): Rukovodstvo dlja vrachej / V. A. Epifanov, A. V. Epifanov. – М. : «Medpress-inform», 2004. – 272 s.
5. Epifanov V. A. Osteohondroz pozvonocznika / V. A. Epifanov // Fizkultura v profilaktike, lechenii i reabilitacii. – 2005. – № 2 (11). – S. 26-34.
6. Zhuk P. M. Osteohondroz pozvonocznika. Lechenie i profilaktika / P. M. Zhuk, I. N. Stel'mah, A. Z. Nychik. – К. : «Kniga-pljus», 2003. – 140 s.
7. Zhulev N. M. Osteohondroz pozvonocznika: Rukovodstvo dlja vrachej / N. M. Zhulev, Ju. D. Badzgaradze, S. N. Zhulev. – SPb. : Iz-vo Lan', 2001. – 592 s.
8. Muhin V. M. Fizichna reabilitacija: Pidruchnik dlja vishhih navchal'nih zakladiv fizichnogo vihovannja ta sportu / V. M. Muhin. – К. : Olimpijs'ka literatura, 2005. – 473 s.
9. Pat № 95257 Ukraini, MPK (2014.01) A61N1/00. Sposib kompleksnogo likuvannja dorsopatij poperekovogo viddilu hrebta / Zjavnik ta patentovlasnik M. V. Manin (Ukraina).— № u201408653; zjavl. 30.07.2014; opubl. 10.12.2014, bjul. № 23.).
10. Spravochnik po formulirovaniju klinicheskogo diagnoza boleznej nervnoj sistemy / Pod red. V. P. Shtoka, O. S. Levina. – М. : MIA, 2006. – 520 s.
11. Fishhenko V. Ja. Kinezoterapija pojasničnogo osteohondroza / V. Ja. Fishhenko, I. A. Lazarev, I. V. Roj. – К. : «Med-kniga», 2007. – 96 s.
12. Halafjan A. A. STATISTIKA 6. Statisticheskij analiz dannyh / A. A. Halafjan. – М. : ООО «Binom-Press», 2007. – 512 s.
13. Malmivaara A. Surgical or nonoperative treatment for lumbar spinal stenosis? A randomized controlled trial / A. Malmivaara, P. Slati, M. Heliovaara // Spine. – 2007. – № 32. – P. 1-8.
14. Mense S. Pathophysiology of low back pain and transition to the chronic state – experimental data and new concepts / S. Mense // Schmerz. Der. – 2001. – Vol. 15. – R. 413-420.
15. Tadokoro K. The prognosis of conservative treatments for lumbar spinal stenosis: Analysis of patients over 70 years of age / K. Tadokoro, H. Miyamoto, T. Shimomura // Spine. – 2005. – № 30. – P. 2458-2463.
16. Wasiak R. Work disability and costs caused by recurrence of low back pain: longer and more costly than in first episodes / R. Wasiak, J. Kim, G. Pransky // Spine. – 2006. – Vol. 31 (2). – P. 219-225.

References

Реферат

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ ПОЯСНИЧНОГО ОТДЕЛА ПОЗВОНОЧНИКА С НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ

Манин М. В., Абрамов В. В., Неханевич О. Б., Хаитов П. А., Каптелов Н. И., Сысенко И. В.

Ключевые слова: восстановительный период лечения, физическая реабилитация, дорсопатии поясничного отдела позвоночника.

Целью работы является определение эффективности применения расширенной методики ЛФК с включением способа комплексного лечения дорсопатий поясничного отдела позвоночника с неврологическими проявлениями в восстановительный период на амбулаторном этапе лечения, как более эффективного в сравнении со стандартной методикой лечебной физкультуры. Расширенная методика ЛФК с включением способа комплексного лечения дорсопатий поясничного отдела позвоночника включает последовательное выполнение тракционного массажа, проведение вытяжения позвоночника, стандартного комплекса ЛФК и, в заключении, выполнение тракционных упражнений и положений. Оценивали динамику течения заболевания, динамику болевого синдрома, подвижность, степень ФБ позвоночника и МТС у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника амбулаторном этапе лечения в течении 12 месяцев реабилитационной терапии с аналогичными показателями у пациентов контрольной группы. Результаты, полученные при оценке данных, демонстрируют улучшение результата в основной, по сравнению с контрольной группой. Это достигалось направленностью, прежде всего, на преодоление МТС, что дает возможность устранения ФБ и восстановления подвижности в поясничном отделе позвоночника, уменьшения болевого синдрома и предупреждения рецидивов и осложнений течения заболевания у пациентов с дорсопатиями поясничного отдела позвоночника.

Summary

LONG-TERM RESULTS OF COMPLEX TREATMENT OF LUMBAR DORSOPATHIES WITH NEUROLOGIC SYMPTOMS

Manin M.V., Abramov V.V., Nekhanovich O.B., Khaitev P.A., Kaptelev N.I., Sysenko I. V.

Key words: recovery period of treatment, physical rehabilitation, lumbar spine dorsopathies.

The purpose of the research was to assess the effectiveness of physical therapy (exercises) techniques included into comprehensive treatment of lumbar dorsopathies accompanied by neurological manifestations in the recovery period for outpatients as more effective in comparison with the standard method of physio-

therapy. Advanced technique of physical therapy including traction massage, spinal traction, standard exercises, and, in conclusion, the implementation of the traction exercises. We assessed the dynamics of the disease, the dynamics of pain syndrome, mobility, MTS in outpatients with lumbar dorsopathy within 12 months of rehabilitation therapy comparing the findings with those of the control group. Results obtained by evaluating the data demonstrated the improvement in the basic result, compared with the control group. This is achieved by pointing primarily to overcome the MTS, which allows us to restore mobility in the lumbar spine, reduce pain syndrome and prevent relapses and complications of the disease in patients with lumbar dorsopathy.

УДК: 612. 248: 616.211 - 002] - 08

Потяженко М.М., Іщейкін К.Є., Настрога Т.В., Соколюк Н.Л., Величко Є.О.

ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ АЛЕРГІЧНОГО РИНІТУ У ХВОРИХ НА ІНТЕРМІТУЮЧУ БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНИХ УМОВАХ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Алергічний риніт дуже часто є початковим проявом системної алергії дихальних шляхів. За наявності алергічного риніту бронхіальна астма контролюється у два рази гірше. Мета дослідження - підвищити ефективність лікування в амбулаторно-поліклінічних умовах хворих на коморбідну патологію: алергічний риніт у поєднанні з інтермітуючою бронхіальною астмою з використанням у комплексній терапії хворих додатково - курсу галотерапії. Матеріали і методи. Під спостереженням перебувало 50 хворих на алергічний риніт у поєднанні з інтермітуючою бронхіальною астмою. Середній вік пацієнтів становив $38,2 \pm 2,46$ р., середня тривалість захворювання $1,8 \pm 0,3$ р. Порівняльний аналіз показав, що у хворих основної групи, які отримували окрім базисної терапії сеанси галотерапії, порівняно з контрольною групою, відмічено достовірні розбіжності в термінах зникнення задишки, кашлю ($p < 0,05$), спостерігалось суттєве зростання ОФВ₁, та вірогідне зниження рівня IgE в крові ($p < 0,05$). Це сприяло скороченню термінів лікування, покращенню якості життя пацієнтів.

Ключові слова: алергічний риніт, інтермітуюча бронхіальна астма, галотерапія.

Дана робота є фрагментом НДР «Клініко-функціональні та морфологічні особливості перебігу захворювань респіраторної системи (туберкульозу, саркоїдозу, дисемінованих процесів та ХНЗЛ) на різних етапах лікування, реабілітації та профілактики», № держ. реєстрації 0110U008151.

Вступ

Нині фахівці в усьому світі констатують факт динамічної прогресії питомої ваги коморбідних патологічних станів [8]. Поліморбідність патологій, як правило, зумовлює значні зміни класичної клінічної симптоматики перебігу захворювання.

Звертає увагу фахівців в усьому світі висока поширеність алергічних захворювань (АЗ), що продовжує неухильно зростати з року в рік, є однією з основних причин занепокоєння [1,2,9]. Алергічний риніт (АР) часто є супутнім захворюванням у пацієнтів з бронхіальною астмою (БА) [4,7]. На даний момент АЗ займають третє місце за показниками зростання і захворюваності після серцево-судинних і онкологічних захворювань. Відзначено також, що за останні 30 років протягом кожного десятиліття показники захворюваності на алергію у всьому світі подвоюються. В Україні, частота АЗ зростає на 0,3% на рік. За даними ВООЗ, поширеність сезонного алергічного риніту (або полінозу) в різних країнах світу коливається від 1 до 40%, цілорічного АР - від 5 до 18% [1,2,6].

АР дуже часто є початковим проявом системної алергії дихальних шляхів, потім із часом запускається повний алергічний каскад і в нижніх дихальних шляхах [9]. Відомо, що у половині

випадків АР починається перед астмою, а у 30% — одночасно з астмою. За наявності АР бронхіальна астма контролюється у 2 рази гірше [3, 8, 10]. Є декілька механізмів, якими алергічне запалення поширюється в нижні дихальні шляхи: алергічні медіатори з носа проникають в нижні дихальні шляхи через кров або шляхом прямого стікання, що призводить до запалення та гіперреактивності бронхів; носо-синусо-бронхіальні рефлексі — стимуляція рецепторів носа та приносових пазух призводить до рефлекторного бронхоспазму; знижується β-адренергічна реактивність у верхніх і нижніх дихальних шляхах; дихання ротом призводить до посиленого притоку алергенів у нижні дихальні шляхи; крім того, оскільки при АР також виключена зігріваюча та зволожуюча функції носа, то в нижні дихальні шляхи повітря попадає холодне та сухе, що також сприяє бронхоспазму [5].

Незважаючи на значні досягнення у вивченні етіопатогенетичних механізмів даних захворювань і появою для терапії нових фармакологічних засобів, проблеми в лікуванні останніх залишаються. Так, відомо, що антагоністи лейкотриєнових рецепторів ефективні при лікуванні симптомів АР. Також, ці препарати широко застосовують для лікування нетяжких форм БА у поєднанні з АР [4]. Так, наприклад, препарат -